Mental Health Strategy for Women Offenders

Jane Laishes
Mental Health, Health Services
December 1997

TABLE OF CONTENTS

INTRODUCTION 1

BACKGROUND 1

RELEVANT POLICY CONSIDERATIONS 4

GENDER SPECIFIC MENTAL HEALTH STRATEGY 5

GOAL OF MENTAL HEALTH SERVICES FOR WOMEN OFFENDERS 6

KEY PRINCIPLES UNDERLYING THE DELIVERY OF MENTAL HEALTH PROGRAMS AND SERVICES FOR WOMEN OFFENDERS 7

OTHER ELEMENTS ESSENTIAL TO THE DELIVERY OF MENTAL HEALTH SERVICES FOR WOMEN OFFENDERS 8

ESSENTIAL ELEMENTS IN A WOMEN'S MENTAL HEALTH CONTINUUM OF CARE 14

1) ASSESSMENT SERVICES 14
2) INTENSIVE CARE 14
3) INTERMEDIATE CARE 16
4) AMBULATORY CARE 18
5) PSYCHOTHERAPY/COUNSELLING SERVICES 19
6) ABORIGINAL COMPONENTS/ELDER SERVICES 20
7) OTHER PROGRAM COMPONENTS 20
8) COMMUNITY SERVICES 23

MONITORING AND EVALUATION 24

MANAGEMENT RESPONSIBILITIES 25

APPENDIX A 27

APPENDIX B 28

APPENDIX C 29

APPENDIX D 30

REFERENCES 31

102-06107/

INTRODUCTION

The Mental Health Strategy for Women Offenders provides a framework for the development of all mental health services for women offenders whether they are in a regular regional facility, a maximum security unit or the community. The Strategy parallels the Mental Health Strategy which was developed for male offenders, however it acknowledges the mental health needs of women in general, and of women offenders in particular. It describes the full range of mental health issues and problems faced by women offenders and the intervention and programming required by legislation and policy to address these issues. The Strategy further describes a continuum of mental health care and the inter-connected nature of all programs and services in support of mental well-being for women offenders and the need to address criminal recidivism.

BACKGROUND

> "Women in American society have life experiences that differ from men's in important ways. Many of these - sexual assault, domestic violence, poverty and discrimination - hurt women's mental and physical health." (American Psychological Association)

The findings of the 1989 Mental Health Survey (in *Creating Choices*, 1990) commissioned by the Correctional Service of Canada indicate that the types and incidence of mental health problems are different for men and women and that some mental health problems experienced by women offenders can be linked directly to past experiences of early and/or continued sexual abuse, physical abuse and assault. The research supports the need to provide appropriate mental health services oriented to the specific needs of women offenders.

Overall, women outnumber men in all major psychiatric diagnoses with the exception of Anti-Social Personality Disorder. Differences also exist in the behavioral manifestations of mental illness between men and women. In general, men turn their anger outward while women turn theirs inward and women suffer from approximately twice as much depression as men (federally incarcerated women are three times as likely to be moderately to severely depressed compared to incarcerated men). Men tend to be more physically and sexually threatening and assaultive while women are more self-abusive and suicidal. Women tend to engage in self-mutilating behaviors such as slashing, and verbally abusive and disruptive behaviors (see Appendix A - Gender Differences with respect to Mental Health).

In addition, important mental health differences exist between women in prison and women in general. In a study (Ross 1988) comparing women in prison matched by age and ethnicity to those in the community, women in prison had a significantly higher incidence of mental disorders including: schizophrenia, major depression, substance use disorders, psychosexual dysfunction, and antisocial personality disorder. In addition, studies have shown that incarcerated women have a much higher incidence of a history of childhood sexual abuse and a history of severe physical abuse than women in the general population (see Appendix B - Mental Health Problems of Incarcerated Women Compared with Those of Women in General Population).

Creating Choices, "The Report of the Task Force on Federally Sentenced Women", notes, as a result of research done with women offenders, that there is a strong need for improved access to physical and mental health services. The report includes the results of a survey of 170 of the 203 women serving federal sentences in 1989 which found that two thirds of the women had children and more than 70% had been single

parents part or all of their children's lives; 80% had been abused, 68% reported physical abuse and 54% reported sexual abuse; and 69% reported that substance abuse had played a major role in their offense or their offending history. Among incarcerated aboriginal women 90% had been physically abused and 61% reported sexual abuse (Shaw 1990).

A study of the mental health needs of 75 women at the Burnaby Correctional Centre found the following:

- 74% were found to have personality disorders;
- 67% reported current substance abuse problems and 87% reported that substance abuse had been a problem at some point in their lives;
- 36% reported childhood physical abuse, 47% reported childhood sexual abuse, 19% reported adult sexual abuse, and 69% reported adult partner physical abuse;
- 29% reported engaging in self-destructive behaviors such as slashing; and
- 24% reported depression.

These findings are also consistent with the findings of other recent studies of the mental health needs of women in jails, detention facilities and prisons in both Canada and the U.S.

RELEVANT POLICY CONSIDERATIONS

The *Corrections and Conditional Release Act (CCRA)* principles identify that correctional policies, programs and practices respect gender, ethnicity, cultural and linguistic differences and be responsive to the special needs of women and aboriginal peoples, as well as to the needs of other groups of offenders with special requirements.

The *CCRA* Section 77.a) further states that the Service shall provide programs designed particularly to address the needs of female offenders and Section 86 states that the Service shall provide every inmate with essential health care (which includes mental health care) by registered professionals and reasonable access to non-essential mental health care (see Appendix C for definitions).

Commissioner's Directive 850 - Mental Health Services, states that a continuum of essential care for those suffering from mental, emotional or behavioural disorders will be provided consistent with professional and community standards and will include assessment and treatment for those suffering from various mental disorders.

Any mental health strategy must also respond to the specific needs of aboriginal offenders as per the CCRA section 80 and CD 702 - Aboriginal Offender Programs. Further, all components of the strategy must be assessed according to their cultural relevance for aboriginal women offenders.

GENDER SPECIFIC MENTAL HEALTH STRATEGY

In light of the *CCRA* and resultant policy, mental health programs for women offenders must be based on a comprehensive program of gender appropriate services in recognition of gender differences in the etiology and classification of mental health problems, the prevalence of specific categories of mental illness, and in the psychological and behavioral manifestations of mental health problems.

Many women offenders are from marginalized backgrounds and current situations which may include poverty, abuse and chemical dependency. Programs and services must be holistic insofar as they address the social context of women's lives and target those areas which have contributed to their criminal behaviour. Therefore, gender appropriate mental health services must respond to the experiences and related mental health needs of incarcerated women which include:

- a history of relationships characterized by physical, emotional and sexual abuse;
- dependent children for whom the woman had primary caretaking responsibility prior to incarceration;
- low education attainment and limited opportunity for employment in adequately paid jobs; and
- significant long-term substance abuse.

Effective correctional programs for all women offenders should also be based on a model of empowerment whereby women gain insight into their situation, identify their strengths, and are supported and challenged to take positive action to gain control of their lives. This process acknowledges and holds women offenders accountable for their actions while recognizing that actions occur within a social context (Kendall, 1993).

For some women offenders with mental health problems, mental health intervention may, in and of itself, address criminality and reduce recidivism, for others it is only once their mental health problems have been addressed that they can actively engage in programming to address other issues. Nevertheless, despite women's needs for mental health intervention, the need to address women's criminality and criminal values cannot be overlooked.

GOAL OF MENTAL HEALTH SERVICES FOR WOMEN OFFENDERS

The goal of mental health services for women offenders is as follows:

> To develop and ensure a coordinated continuum of care, structured support and remediation programs which permit women offenders to maximize mental-well being and to minimize criminal recidivism through social, emotional, and cognitive skill development.

KEY PRINCIPLES UNDERLYING THE DELIVERY OF MENTAL HEALTH PROGRAMS AND SERVICES FOR WOMEN OFFENDERS

There are a number of principles essential to the development of any and all mental health services for women offenders:

1. **Wellness** - including:
    - holistic program delivery, that is, program delivery that recognizes body, mind, spirit and emotions and their interconnections in a family and community-oriented context
    - the avoidance of labels insofar as these may function to reduce women to only their mental health issues
    - reinforcement of the skills necessary for personal development and independent living in the community versus adaptation to the institutional environment (however, long term offenders will be encouraged to live in the community living style of the institution)
    - that assisting offenders in this goal involves mental health professionals as well as others including aboriginal service providers, community resources, families, etc.

2. **Access (consistent with CCRA section 86)** - reasonable access to appropriate essential and non-essential professional mental health services including:
    - early identification of mental health problems and service needs
    - timely interventions that minimize symptom escalation and prevent acute crisis situations
    - services provided in keeping with community standards

3. **Women-Centered** - the continuum of mental health services must be offered in a gender-specific and gender-appropriate manner such that:
    - only personnel sensitive to women and women's issues are involved
    - programs and services are designed to meet the specific needs of women offenders while acknowledging personal autonomy, connection to others and positive mutually respectful relationships

However, it should be noted that as result of fiscal limitations, women may require transfer to other regions, institutions or community facilities, to maximize treatment options.

4. **Client Participation (a principle of fundamental justice)** - the women offenders must be involved in their assessment and treatment such that:
    - women offenders play as active a role as possible in their treatment planning and in decision-making

5. **Least Restrictive Measures (consistent with CCRA - Principle d)** such that:
    - treatment is based on the least restrictive/intensive form of intervention possible
    - women are housed in the least restrictive environment possible with the lowest level of security required to ensure public safety.

OTHER ELEMENTS ESSENTIAL TO THE DELIVERY OF MENTAL HEALTH SERVICES FOR WOMEN OFFENDERS

Structure and Environment: The general institutional environment needs to be consistent, predictable, supportive and constructive. The women need to know what the parameters and expectations are. Consistent structure and environment are central

to the success of programming endeavors. Further, the administration and staff must seek to provide a therapeutic, educational and consistent environment throughout the facility.

Facilities should be designed to incorporate other factors known to promote wellness, including natural light, fresh air and space.

Bridging: Bridging services between institutions, and institutions and the community are vital to decreasing recidivism and the gaps in service provision to women offenders. In addition, regular facilities must be able to support and build on the changes made in specialized treatment programs. Bridging services should be developed to support the gains made in treatment especially since many of those with mental health problems are revoked not as a result of new charges, but because of mental health issues e.g. non-compliance with psychotropic medications resulting in a deterioration of overall functioning.

Continuity of care could be provided through one to one therapy, group therapy focusing on relapse prevention issues, and linkages to community resources. These services would fill the gap and create a transitional stage for women leaving prison. Social workers would be well suited to this role.

Coordination of Mental Health Service Providers: All mental health service providers, including those on contract, must be involved in ongoing consultation, , to share relevant offender information, conduct appropriate assessments, undertake treatment planning, monitor progress, and ensure continuity of care. Coordination and consultation are also important to ensure that mental health service providers, as well as other institutional staff, are not isolated which can lead to early burn-out.

For aboriginal women and other who are open to aboriginal culture, medicine activities including sweats, fasts, cedar baths, drumming/dancing, and ceremonies should be available.

Role of the Psychologist: Given the degree of mental health concerns in the women offender population, the psychologist should play a key role in the management of individual cases to aid in case management, behaviour management, program delivery and in striving toward the creation of a treatment supportive milieu. Given that psychologists are involved in the identification of each woman's needs, they should also play a role in assigning women to appropriate programs, whether these are mental health or other programs that would support mental wellness in a holistic context.

Integration/Information Sharing: Management must ensure that the model of mental health delivery integrate all related activities that are part of the continuum, and ensure that the psychologist play a role in decisions with respect to those programs that address such issues as sexual abuse and substance abuse even though these programs may not fall under the rubric of mental health programs per se. Further, mental health services must be integrated into each woman's correctional plan and the Case Management Officer must play a role in the coordination and delivery of each woman's mental health treatment plan. The sharing of mental health information with the woman's entire case management team, within the limits of confidentiality, is essential to ensure effective monitoring of her progress.

Elder Services: For aboriginal women offenders, Elders are to be considered as an integral part of the mental health services team. Easy access to the services of Elders should be available, with provision for necessary ceremonies and teachings. Mental health programs for aboriginal women should be developed and delivered by

aboriginal organizations or individuals with demonstrated awareness of the concerns and needs of aboriginal women.

Offender Involvement: Offenders should be involved in program development and delivery to the extent possible. There are a number of groups that offenders could reasonably and effectively be trained to facilitate with positive impacts on their self-esteem.

Critical Mass: Group size will need to be considered in program delivery. Although most programs are designed for 8 to 12 participants, given the small number of women inmates in each facility, some mental health programs may have fewer participants.

Staff Training/Education: Ongoing staff training and education in the mental health problems faced by incarcerated women and appropriate intervention is essential to the creation of an atmosphere of understanding and acceptance for this population and to enhancing staff confidence and skills. However, only staff who possess a strong desire to work with women with mental health needs should be recruited.

Regular support and feedback to staff is essential when working in an often stressful and demanding environment. Ongoing training is also essential to the maintenance of appropriate boundaries between staff and inmates. Further, staff training should include education on aboriginal medicine, teachings and ceremonies and possibly participation in aboriginal ceremonies.

Crisis Resolution: Creative approaches to crisis resolution or intervention should be sought. These could include not only the involvement of the mental health staff but

also visits with family and other inmates during critical periods when the women may require a great deal of support. The inclusion of Elders in this process, for aboriginal women offenders, should always be considered.

Transfers: Transfers in and out of mental health treatment environments must be managed in a such a way that the potential adaptation difficulties for the woman being transferred are minimized and responded to.

Employment: The development of useful employment skills and attitudes for those with mental health problems who are incarcerated and within a similar bridging process, as described earlier, is extremely important. These skills would also enhance self-esteem, a crucial mental health issue. Without these skills women are likely to be released into continuing poverty, thus reinforcing some of the dynamics underlying their criminogenic behaviour.

Creative Approaches: Creative approaches should be explored wherever possible including relaxation techniques, conflict resolution, body work (i.e. acupuncture, therapeutic massage, etc.), wilderness challenge, story writing, journalling, drama, art therapy, pet therapy, meditation, Tai Chi, role plays, peer counselling, mentor programs, etc.

Linkages: The role of other activities and interests such as physical exercise, hobbies, intellectual and spiritual activities, and contact with family and friends will be encouraged for their significant contribution to women's mental well-being. Further, contact with family and friends can play a crucial role in helping the women retain the gains made during incarceration. As well, programs for women should be designed to support the ongoing relationships between mothers and their children.

Diversity: A proactive effort should be made to increase the diversity of the mental health staff to reflect the diversity of the prison population, including differences in ethnicity, sexual orientation and language.

Capability: Programs should be culturally appropriate and geared to women's literacy levels. Programs must also be able to address the needs of low-functioning women, with the possibility of groups specifically targetting the needs of these offenders.

Support/Reference Materials: The development of a reference section in the inmate library comprised of books related to the program areas for supplementary reading should be considered, as well as educational videos on a variety of topics including substance abuse, parenting skills and stress management.

Limitations: Fiscal realities may override other considerations for women with mental health needs insofar as women requiring intensive care in regions without a specific program may have to be transferred to another region thereby compromising the aim of allowing women to serve their sentence nearest to their home community.

Further, resourcing difficulties, such as securing staff with the appropriate expertise, may also place limitations on what can be developed in any particular location or region.

ESSENTIAL ELEMENTS IN A WOMEN'S MENTAL HEALTH CONTINUUM OF CARE

Based on their experiences and needs, a continuum of mental health care to address the needs of women and their criminality should include the following elements as found in Appendix D and listed below:

1. Assessment Services

All women will undergo a standardized mental health assessment resulting in a written report as part of a multi-disciplinary and comprehensive intake process. This process will specifically address the needs and realities of women and be culturally sensitive (CD 840 - Psychological Services). The assessment will also integrate mental health needs with other correctional objectives into a single, comprehensive treatment plan. The assessment will determine the level and intensity of mental health intervention required, as well as the women's willingness to participate in any form of treatment. If a woman appears to have serious mental health problems she may be referred to a psychiatrist or other specialists for further evaluation and assessment.

Women who have had previous mental health intervention will be encouraged to allow the psychologist and others to access this information. The assessment report should be shared with case management to ensure a team approach to the management of a woman's case from the beginning of her sentence.

2. Intensive Care

Organic Disorders: Intensive care may be required to assess and treat women with acute mental disorders (psychosis, schizophrenia). The treatment goal is symptom stabilization and this level of treatment should occur in an intensive residential setting

such as a secure hospital in the community. Joliette Institution has an arrangement with Institute Phillippe Pinel to treat women requiring intensive care.

Other Disorders: Intensive care may also be required for those non-psychotic women with long-standing emotional and behavioural problems, as previously noted. An Intensive Healing Program for women experiencing these difficulties has been developed at the Regional Psychiatric Centre in the Prairies as described below. Other intensive care programs may be developed in future based on identified needs.

The Intensive Healing Program:

In recognition that some women inmates had mental health needs beyond the capacity for intervention available in the new facilities, CSC hired Dr. Margo Rivera from Kingston Psychiatric Hospital to undertake an analysis of 26 women inmates who were thought to have mental health needs that could not be addressed under existing service levels in the new facilities. Dr. Rivera's report entitled, *"Giving Us A Chance" - Needs Assessment: Mental Health Resources for Federally Sentenced Women in the Regional Facilities*, recommended that an intensive healing program be developed by CSC to address the needs of those women who exhibited a combination of *all or most* of the following behaviours: persistent and severe self-destructive behaviour, identity disturbance, depression, difficulty controlling anger, severe dissociation, problems in intimate relationships, suicidality, severe anxiety, low self-esteem, and severe substance abuse. These women have traditionally been the most difficult to manage and their behaviours are often an impediment to programming aimed at reducing the risk of recidivism.

An Intensive Healing Program for women experiencing these difficulties was designed by CSC (no similar program has ever previously been offered either in CSC or to incarcerated women in any jurisdiction), and has been operational at the

Regional Psychiatric Centre in the Prairies since September 1996. Treatment focuses on understanding and transforming the thoughts and behaviours that are the source of the women's problems (cognitive-behavioural therapy). Key to reinforcing these transformations are the acquisition of new skills and coping strategies. This happens both formally through the program components and informally through interactions and the positive role modelling of behaviour by staff (therapeutic community). Emphasis is placed on the present rather than the past, and on understanding the dynamics of interpersonal experiences that occur within the program. Built into the Intensive Healing Program is a comprehensive evaluation component which involves staff and inmates.

Treatment includes a number of complimentary aspects:

- A Therapeutic Community Approach
- Individual Counselling
- Group Programs
- Pharmacotherapy (prescription medication as necessary)

3. Intermediate Care

Intermediate care is designed to allow inmates with significant mental health problems to live in the general population by providing daily targetted intensive treatment services in either one-to-one counselling, treatment groups or a combination of interventions. However, group intervention targetted at this population is unlikely in some institutions given the small numbers.

The role of the mental health team (comprised of the psychologist, Elder or Native Liaison Worker, nurse, and possibly the psychiatrist, primary worker, case management officer, and chaplain) established in every institution (CD - 850) will be to oversee the women requiring this level of care. They will identify needs and

service requirements, and monitor and document the clinical progress of individual inmates on a regular basis. It may be advisable to have one member of the mental health team assigned as the coordinator of the mental health aspects of the case for every woman requiring this level of care to ensure appropriate monitoring.

Interventions can include:

- Symptom stabilization and management
- Psychosocial rehabilitation programs
  - -social and interpersonal skills training
  - -cognitive skills training
  - -life skills including education and employment skills
- Therapeutic groups*
  - -medication education and support - to enhance medication compliance
  - -survivors of abuse
  - -eating disorders
  - -self-destructive behaviour
  - -anger and stress management
- Dual disorders treatment (mental health and substance abuse)
- Comprehensive treatment planning
- Relapse prevention

**Groups with a psychoeducational focus, appear to be the preferred option, that is, those that make the psychological connections in an educational way versus probing into the women's individual traumas.*

Follow-up and relapse prevention for those with serious problems who were in the Intensive Healing Program will be essential to ensure that changes made in treatment are supported and maintained.

4. Ambulatory Care

Ambulatory care includes therapeutic groups, prevention, maintenance, relapse prevention and psycho-educational services designed to provide both therapy directed at specific ongoing issues e.g. eating disorders, and short term interventions to women experiencing significant psychological distress related to situational phenomenon that may impair their ability to function on a temporary basis e.g. death in the family, losing a custody hearing or interpersonal conflict on the living unit.

Ambulatory care will take place in addition to other programming. The services offered will be coordinated by the Mental Health Team. The individual plan for a woman may be developed between the woman and her psychologist or primary worker, in conjunction with the Mental Health Team.

Treatment can include:

- Crisis resolution
- Targetted group treatment programs
  - -anger and stress management
  - -conflict resolution
  - -survivors of abuse and trauma*
  - -substance abuse
  - -eating disorders
  - -self-esteem
  - -parenting skills
  - -self-destructive behavior
  - -relapse prevention
  - -Elders therapeutic circle meetings

** The survivors of abuse and trauma group is one of the Core Programs offered in the Women's facilities. It is also listed here because this group may play an integral role in addressing women's mental well-being.*

Some institutions have provided these groups based on the needs of a number of inmates at a point in time. Nova Institution currently offers a voluntary substance abuse group that is open for any woman wishing to attend and it has been very successful.

As with intensive care, follow-up and relapse prevention for those with serious problems who were in the Intensive Healing Program will be essential in ambulatory care to ensure that changes made in treatment are supported and maintained.

Women requiring intensive care could participate in the group treatment programs dependent on their suitability for group work, the numbers of women, group dynamics and operational considerations.

5. Psychotherapy/Counselling Services

Psychological and individual counselling services will be offered on a voluntary basis to women who are ready to deal with personal issues on a one-on-one basis by the psychologist (CD 840 - Psychological Services). The role of counselling is a critical one for women dealing with various personal and other traumatic issues that they do not feel able to deal with in other ways. The psychologists work with the women to increase their awareness of how past issues are affecting current behaviour and to increase their coping skills with a view to enhancing mental well-being and reducing recidivism. If the issue is one for which an appropriate group exists, the woman may be encouraged to deal with this issue by attending the group. However, the small size of some facilities may mitigate against participation in therapeutic groups due to issues of confidentiality.* Psychotherapy and counselling may also be an important

adjunct for those involved in the group components of intermediate or ambulatory care.

** Some research suggests that it is possibly contraindicated to be undertaking intensive therapeutic work on issues such as sexual abuse inside prison.*

6. Aboriginal Components/Elder Services

The importance of access to Elder Services for the healing and mental well-being of aboriginal women cannot be over-stated. At the Healing Lodge contact with Elders is viewed as the most integral part of their mental health services and an Elder is always available. Traditional mental health services in the form of counselling offered by a psychologist, and psychiatric services are also available. There appears to be an easy integration of traditional mental health services with Elder services and women are encouraged to take the best of what each has to offer.

All staff working with women offenders should be trained and sensitized on the importance of Elder services to the healing process of aboriginal women and should ensure as much access to Elders as possible. Further, the Elders should be part of the Mental Health team in every institution to ensure an integration of their expertise.

7. Other Program Components

Suicide and Self-Injury:

It is essential that each institution develop a comprehensive strategy to prevent suicide and reduce the incidence of self-injury including ongoing training of front-line staff in understanding self-injury and suicide attempts as these specifically relate to women, and appropriate intervention. Self-injurious behaviour must be viewed as a mental health issue and not a security issue unless there are extenuating circumstances, such as the involvement of weapons. Given that there are now some studies that support the view that self-injury and aggression are linked for those with

personality disorders, staff should pay close attention to incidents of self-injury amongst these inmates (Swinton and Hopkins, 1996).

Low-Functioning Women:

There are a number of women with mental health problems, especially in the Atlantic region, who may also be considered of low intellectual functioning. These women have been identified as mainly high need and low risk, and likely require intensive case management and supportive services to function effectively in the regional facilities (Whitehall, 1995).

Low functioning women may require intervention for needs outside the realm of therapeutic counselling and formal programs in order for them to be able to make progress on basic skills of living. The assistance of an Occupational Therapist or Social Worker may be well suited to address the needs of this population. Regions with enough low-functioning women may wish to consider designating one of the houses for this group with 24 hour supervision by staff with training in living skills. The goal would be eventual reintegration into one of the other houses or the community.

Sex Offenders:

Research on women sex offenders is scarce, and mental health disorders are seldom identified as a significant issue for this group. Nevertheless, because many of these women appear to function on a marginal level and because of their needs for intervention to address mental wellness, this group is included in the Strategy.
As of February, 1996 there were 9 federally incarcerated women whose major admitting offense was sexual and 12 on bail, day parole, full parole, and statutory release (Syed & Williams, 1996). Thus there are proportionally very few women sex offenders as compared to men.

There are a variety of types of female sex offenders and their treatment and supervision needs will vary depending upon personal characteristics, the nature of their sexual offending, and their particular release plans. Treatment efficacy will depend on the accuracy of the match between the intervention and the specific needs of the offender. While it is important that women sex offenders take responsibility for their offenses, it is also important not to overlook the treatment needs that may arise from their own victimization experiences (substance abuse, dissociation, self-injury, sexual abuse). The treatment of women incarcerated for sexual offenses requires specialized knowledge and the necessary training and supervision should be sought for those working with this population.

Peer Support:

Peer support is a key component of the mental health continuum to provide women with access to counselling, support and comfort from other inmates when in crisis. As outlined in the Prison For Women's (PFW) Peer Support Team Guidelines, peer counsellors will be trained to be,

> ... *"used in a preventative capacity (e.g. if there is a reason to believe that a woman is experiencing some difficulty that is likely to escalate; if a woman is vulnerable and living unit tension increases); for follow up counselling after the initial crisis has passed; and for crisis intervention."*

Training of the Trainers in an updated version of the PFW peer support program has been offered to staff in all facilities for women offenders and program implementation is now underway.

Some institutions have found that a modified version of peer support is more appropriate for a small institution. Nova has therefore implemented a buddy system whereby women with needs are matched with women with skills.

Other Programs:

In addition to those programs specifically targetting mental wellness or mental health needs, women may also require programs directed at other issues such as social skills and cognitive skills. However, as previously noted, it is essential that all programs and services be inter-connected.

The role of employment in developing skills leading to financial independence and a gratifying work life in the community is a significant factor in women's mental health empowering them to feel in control and take control of their lives. To this end, employment programs are an essential adjunct to comprehensive mental health programs.

8. Community Services

Offenders with mental health needs should be linked to community services to ensure treatment effects are maintained and to reduce the risk of recidivism.

Program activities can include:

- Education and promotion of self-management skills
- Establishment of linkages with appropriate community institutions such as mental health agencies, supportive housing, employment, social assistance, substance abuse services, and aboriginal communities/services.

Again, variations are likely, for example, because of the limited resources and small size of Nova institution, the psychologist has gone out into the community to do the bridging work herself. However, a staff person, likely the Community Reintegration Manager, must be assigned to monitor and coordinate the links between women with mental health needs and the community. Strategies for encouraging community agency involvement with the reintegration of incarcerated women will require development.

MONITORING AND EVALUATION

Programs for mental health intervention and treatment must be developed based on the best and most current treatment consistent with the principles reiterated in this document.

All programs must be set up with the intent of ongoing monitoring and periodic evaluation. It is the responsibility of every mental health professional who delivers a program to ensure that the program is fully evaluated using both qualitative and quantitative measures and feedback from the participants. This will require that evaluation criteria, evaluation methods and data collection requirements be identified prior to the program start. Programs and services are to be evaluated for their overall ability to meet the needs of offenders, to adhere to the principles noted earlier, for their effectiveness, and for their ability to contribute to our knowledge of "what works" with women offenders. This could include:

- Workshops evaluated by a brief form completed by participants recording their opinion of the quality and usefulness of the presentation.
- Classes evaluated by pre- and post- tests assessing the knowledge gained by participants.

- Treatment groups evaluated by pre- and post- group measures of depression, anxiety, locus of control, self-esteem, and appropriate self-assertion, as well as forms completed by participants giving their subjective opinions of the helpfulness of the groups.

Evaluation procedures should be refined and updated as the programs/interventions develop.

MANAGEMENT RESPONSIBILITIES

Although each institution need not provide on-site access to all components of the continuum, each institution must provide reasonable and appropriate access for offenders to all levels of care. Each institution must also ensure that their mental health program is managed by a registered mental health professional (*CCRA* Section 85).

Standing Orders should reflect:

1. the level and range of care
2. appropriate management and monitoring of mental health programs
3. mechanisms for horizontal communications and a "team approach" to ensure integration and consistency etc.
4. a process to ensure that continuous, effective aboriginal awareness training for staff takes place.

Management must also ensure that the mental health professionals, psychologists, social workers, etc. who are hired are highly skilled and knowledgeable and have the appropriate qualifications and experience to work effectively with incarcerated women.

It is understood that the implementation of a comprehensive mental health system will require time for staff members to engage in detailed planning and appropriate response development. Each facility will need to determine which program components in intermediate and ambulatory care should be prioritized for development and implementation more rapidly than others. Further, additional resources will need to be allocated to women's mental health in order to effectively implement the necessary mental health interventions. The challenge of meeting the mental health needs of women offenders will require constant innovation and evaluation as well as collaboration with our community partners.

APPENDIX A

GENDER DIFFERENCES WITH RESPECT TO MENTAL HEALTH

Depression	Women are twice as likely to be diagnosed with depression. Incarcerated women are three times more likely.
Schizophrenia	Women are more likely to be assessed with symptoms of schizophrenia.
Sexual/Physical Abuse	Higher reported rates of both for women.
Eating Disorders	Higher reported rates for women.
Antisocial Personality Disorder	Incarcerated women: 29%. Incarcerated men: 57%
Personality Disorder / Anxiety	Women are more likely to be diagnosed with both.
Substance Abuse	Women more likely to have a co-existing psychiatric disorder, and experience more serious physical consequences of drug and alcohol use. Women in prison are as likely as men to have a history of substance abuse but more likely than male inmates to have used hard drugs such as cocaine and heroin and to have taken drugs intravenously.
Mental Health Treatment in the Community	A 1995 study at Prison for Women (PFW) found that federally incarcerated women were 3 times as likely to have received mental health treatment in the community compared to men.

Ref: Coryell et al, 1992; Gove 1979; Ross et al, 1988; Colten, 1981; Brume, 1994; and Loucks, 1995.

APPENDIX B

MENTAL HEALTH PROBLEMS OF INCARCERATED WOMEN COMPARED TO THOSE OF WOMEN IN GENERAL POPULATION

	Women in general pop.	Women Inmates
Schizophrenia	1.1% lifetime prevalence	7% lifetime prevalence
Major Depression	8.1%	19%
Substance Use Disorders - Alcohol	4.3%	36%
Substance Use Disorders - Drugs	3.8%	26%
Psychosexual Dysfunction		70%
Antisocial Personality Disorder	1.2%	29%
Childhood sexual abuse	20 - 54%	47 - 90%
Physical abuse in adult intimate relationships	27%	69%

Ref: Alexander & Luper, 1987; Badgley, R. F. 1984; Finkelhor, D. 1979; Herman, J. 1981; Kristiansen et al. 1995; Russell, D. 1984 and 1986.

APPENDIX C

The Correctional Service of Canada shall ensure the provision of essential health services for an inmate including mental health and general health care.

Criteria

Essential Health Services

Inmates shall have access to screening, referral and treatment services.

Essential services shall include:

I emergency health care (i.e., delay of the service will endanger the life of the inmate);

II urgent health care (i.e., the condition is likely to deteriorate to an emergency or affect the inmate's ability to carry on the activities of daily living);

III mental health care provided in response to disturbances of thought, mood, perception, orientation or memory that significantly impairs judgment, behaviour, the capacity to recognize reality or the ability to meet the ordinary demands of life. This includes the provision of both acute and long-term mental health care services; and

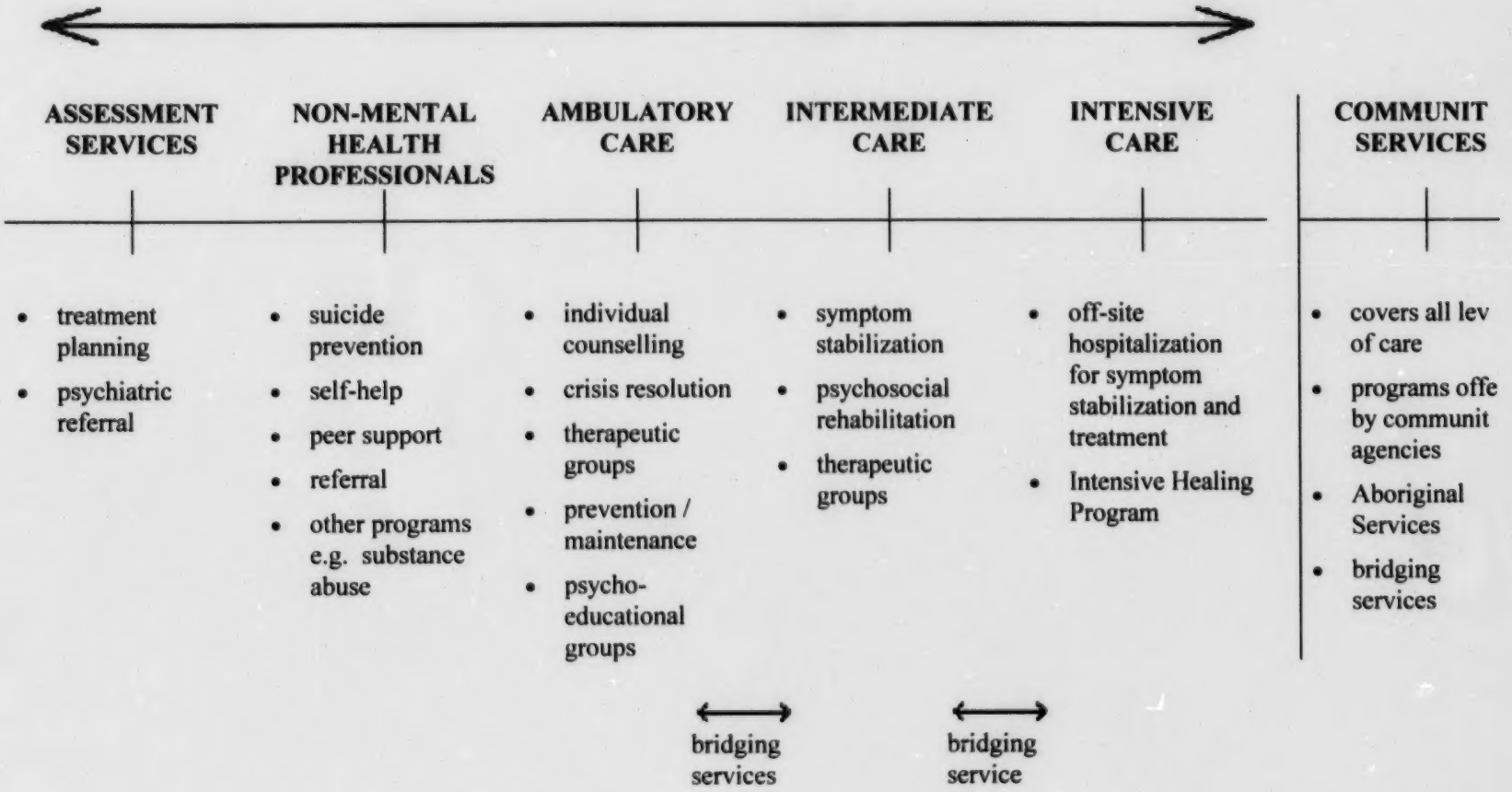
IV dental care for acute dental conditions where the inmate is experiencing swelling, pain or trauma; preventive treatment (i.e., necessary fillings, extractions, etc.) subject to the motivation displayed by the inmate to take an active part in the process; and removable dental prostheses as recommended by the institutional dentist. All other dental care will be initiated and funded by the inmate.

Inmates shall have reasonable access to other health services (i.e., conditions not outlined above) which may be provided in keeping with community practice. The provision of these services will be subject to considerations such as the length of time prior to release and operational requirements. In support of providing essential health services, emphasis will be placed on health promotion/illness prevention.

From: *Standards for Health Services, 1995*

APPENDIX D

WOMEN'S MENTAL HEALTH CONTINUUM OF CARE



REFERENCES

Alexander, P. C.& Luper, S. L. 1987. Family Characteristics and Longterm Consequences Associated with Sexual Abuse, Archives of Sexual Behavior, Vol 16, 235-245.

American Psychological Association. Facts About Women's Mental Health. Washington: n.p., n.d.

Badgley, R.F. (1984). Sexual Offences Against Children (Vols.1&2). Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.

Blume, S. (1994). Women and alcohol: Issues in social policy. In R. Wilsnack & S. Wilsnack (Eds.) Gender and alcohol. (pp. 1-41). New Brunswick, NJ: Rutgers.

Colten, M. (1981). A description and comparative analysis of self-perceptions and attitudes of heroin-addicted women. In A. J. Schecter (Ed.), Drug Dependence and alcoholism, (Vol. 1). New York: Plenum.

Correctional Service of Canada (1990). Creating Choices: The Report of the Task Force on Federally Sentenced Women.

Coryell, W. Endicott, J., & Martin, K. (1992). Major depression in a non-clinical sample: Demographic and clinical risk factors for first onset. Archives of General Psychiatry, 49, 117-125.

Daniel, A., Robins, A., Reid, J., & Wilfley, D. (1988). Lifetime and six-month prevalence of psychiatric disorders among sentenced female offenders. Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law, 16(4), 333-342.

Finkelhor, D. (1979). Sexually Victimized Children. New York: Free Press.

Gomberg, E. (1988). Shame and guilt issues among women alcoholics. Alcoholism Treatment Quarterly, 139-155.

Gove, W. (1979). Sex differences in the epidemiology of mental disorder: Evidence and explanations. In E. Gomberg & V. Franks (Eds.), Gender and disordered behavior. New York: Brunner/Mazel.

Herman, J. L. (1981). Father-Daughter Incest. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Kendall, K. (1993). Program Evaluation of Therapeutic Services at the Prison For Women. Correctional Service of Canada.

Kristiansen, C. M., Felton, K. A. Hovdestad, W. E. & Allard, C. B. (1995). The Ottawa Survivor's Study: A Summary of the Findings.

Loucks, A. (1995). Criminal Behaviour, Violent Behaviour, and Prison Maladjustment in Federal Female Offenders. Ph.D. thesis.

Randall, M. & Haskell, L. (1995). Sexual violence in women's lives: Findings from the Women's Safety Project, a community-based survey. Violence Against Women, 1 (1), 6-31.

Ross, H. Glaser, F., Stiasny, S. (1988). Sex differences in the prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and drug problems. British Journal of Addictions, 83, 1179-1192.

Russell, D E.H. (1984). Sexual Exploitation. Beverly Hills, CA: Sage.

Russell, D E.H. (1986). The Secret Trauma: Incest in the Lives of Girls and Women. New York; Basic Books.

Sargent, E., Marcus-Mendoza, S., & Ho Yu C. (1993). Abuse and the woman prisoner. In B. Fletcher, L. Shaver, & D. Moon (Eds.), Mental disorder and crime (pp. 208-226). Newbury Park: Sage.

Shaw, M. (1990). Survey of Federally Sentenced Women. Corrections Research and Policy Development Branch of the Ministry of the Solicitor General of Canada.

Swinton, M. & Hopkins, R. (1996). Violence and Self-injury. The Journal of Forensic Psychiatry, Vol. 7 No 3.

Syed, F. & Williams, S. (1996). Case Studies of Female Sex Offenders in the Correctional Services of Canada. Correctional Services of Canada.

Whitehall, G. (1995). Mental Health Profile and Intervention Strategy for Atlantic Region Federally Sentenced Women. Correctional Service of Canada.

Stratégie en matière de santé mentale pour les délinquantes

Jane Laishes
Santé mentale, Services de santé
Décembre 1997

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 1

CONTEXTE 1

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES 4

STRATÉGIE EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE AXÉE SUR LES FEMMES 5

OBJET DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE POUR LES DÉLINQUANTES 7

PRINCIPES FONDAMENTAUX QUI SOUS-TENDENT LA MISE EN OEUVRE DE PROGRAMMES ET DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE POUR LES DÉLINQUANTES 7

AUTRES ÉLÉMENTS ESSENTIELS À LA PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE POUR LES DÉLINQUANTES 9

ÉLÉMENTS ESSENTIELS À LA CONTINUITÉ DES SOINS DE SANTÉ MENTALE POUR LES DÉLINQUANTES 16

1) SERVICES D'ÉVALUATION 16
2) SOINS INTENSIFS 17
3) SOINS COURANTS 19
4) SOINS AMBULATOIRES 20
5) SERVICES DE PSYCHOTHÉRAPIE/DE COUNSELING 22
6) COMPOSANTES AUTOCHTONES/SERVICES OFFERTS PAR LES AÎNÉS 23
7) AUTRES COMPOSANTES DE PROGRAMME 23
8) SERVICES COMMUNAUTAIRES 27

SURVEILLANCE ET SUIVI 27

RESPONSABILITÉS DE GESTION 29

ANNEXE A 31

ANNEXE B 32

ANNEXE C 33

ANNEXE D 35

RÉFÉRENCES 37

INTRODUCTION

Le présent document de travail se veut un cadre de référence pour l'élaboration des services psychiatriques à l'intention des délinquantes, que celles-ci purgent une peine dans un établissement régional ordinaire, une unité à sécurité maximale ou dans la collectivité. Ce cadre est équivalent à la Stratégie en matière de santé mentale pour les délinquants masculins, mais il reconnaît les besoins en soins de santé mentale des femmes en général, et des délinquantes en particulier. En outre, il définit l'éventail complet des difficultés et des problèmes liés à la santé mentale auxquels se heurtent les délinquantes, et énonce les mesures d'intervention et les programmes exigés par la loi et les politiques en vigueur pour surmonter ces problèmes. Enfin, la stratégie propose un continuum de soins de santé mentale, explique l'interdépendance de tous les programmes et services destinés à favoriser le bien-être mental des délinquantes et précise la nécessité de diminuer le risque de récidive.

CONTEXTE

> « [TRADUCTION] Les femmes dans la société américaine vivent des expériences qui sont nettement différentes de celles des hommes. En effet, bon nombre de ces expériences, dont les agressions sexuelles, la violence familiale, la pauvreté et la discrimination, nuisent à leur santé mentale et physique. » (American Psychological Association)

Les résultats de l'enquête sur la santé mentale de 1989, menée à la demande du Service correctionnel du Canada (SCC), révèlent que les types de problèmes de santé mentale et les effets de ces derniers sont différents chez les hommes et les femmes, et que certaines difficultés éprouvées par les délinquantes sur ce plan peuvent être le corollaire direct d'expériences antérieures – agression sexuelle, mauvais traitements

ou voies de fait – vécues en bas âge ou de façon régulière. L'enquête confirme le besoin de fournir des services psychiatriques axés sur les besoins particuliers des délinquantes.

Dans l'ensemble, les troubles psychiques graves, à l'exception de la personnalité antisociale, frappent plus souvent les femmes que les hommes. On constate également que la maladie mentale ne touche pas les femmes de la même façon que les hommes. De manière générale, les hommes extériorisent leur colère, alors que les femmes l'intériorisent; les cas de dépression sont environ deux fois plus fréquents chez les femmes que chez les hommes (les délinquantes sous responsabilité fédérale risquent trois fois plus de souffrir d'une dépression moyenne ou grave que les hommes incarcérés). Les hommes sont plus portés à afficher un comportement physique ou sexuel menaçant ou violent, tandis que les femmes ont plus tendance à s'infliger des sévices ou à être suicidaires. Enfin, les femmes sont enclines à l'automutilation, en se tailladant par exemple, ainsi qu'à la violence verbale et à l'indiscipline (voir Annexe A - Différences entre les sexes en matière de santé mentale).

En outre, il y a des différences notables dans la santé mentale des délinquantes et celle des femmes en général. Dans une étude réalisée en 1988, on a comparé des femmes incarcérées à d'autres femmes de la collectivité appartenant à la même catégorie d'âge et au même groupe ethnique. On a remarqué que les délinquantes avaient beaucoup plus tendance à souffrir de troubles mentaux, dont la schizophrénie, la dépression majeure, la toxicomanie, le trouble des fonctions psychosexuelles et la personnalité antisociale. D'autres études ont de plus montré que les femmes incarcérées avaient été plus souvent victimes d'agression sexuelle dans leur enfance et de violence physique intense que ne l'avaient été les femmes dans la population générale (voir Annexe B - Comparaison des problèmes de santé mentale chez les femmes incarcérées et les femmes dans la population générale).

Dans *La création de choix - Le rapport du Groupe d'étude sur les femmes purgeant une peine fédérale*, on note que, selon une enquête réalisée auprès d'un certain nombre de délinquantes, il y a un besoin pressant d'améliorer l'accès des délinquantes aux services de santé physique et mentale. Le Rapport fait état des résultats d'un sondage mené en 1989 auprès de 170 des 203 délinquantes purgeant une peine fédérale et dont il ressort ce qui suit : les deux tiers des délinquantes avaient des enfants et, dans plus de 70 p. 100 des cas, elles les avaient élevés seules pendant une partie de leur vie, sinon toute leur vie; 80 p. 100 avaient été victimes de mauvais traitements, 68 p. 100, de violence physique et 54 p. 100, d'abus sexuel; 69 p. 100 ont indiqué que la toxicomanie avait joué un rôle déterminant dans leur infraction ou leurs antécédents criminels; 90 p. 100 des femmes autochtones incarcérées avaient subi des sévices physiques et 61. 100 avaient été agressées sexuellement (Shaw, 1990).

Selon une étude des besoins en matière de santé mentale de 75 délinquantes purgeant une peine au Centre correctionnel pour femmes de Burnaby :

- 74 p. 100 des délinquantes souffrent de troubles de la personnalité;
- 67 p. 100 sont des toxicomanes et 87 p. 100 l'ont été à une étape de leur vie;
- 36 p. 100 ont déclaré avoir subi des sévices physiques et 47 p. 100 ont été agressées sexuellement dans leur enfance; 19 p. 100 ont été victimes d'agression sexuelle et 69 p. 100, de violence conjugale à l'âge adulte;
- 29 p. 100 ont déclaré afficher des comportements autodestructeurs comme une tendance à se taillader;
- 24 p. 100 ont déclaré avoir fait une dépression.

Ces constatations correspondent aux résultats d'autres études récentes sur les besoins en matière de santé mentale des délinquantes purgeant une peine dans une prison, un

établissement de détention ou un autre établissement carcéral au Canada et aux États-Unis.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

La *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* (LSCMLC) énonce que le Service est guidé par certains principes dont le suivant : ses directives d'orientation générale, programmes et méthodes respectent les différences ethniques, culturelles et linguistiques, ainsi qu'entre les sexes, et tiennent compte des besoins propres aux femmes, aux autochtones et à d'autres groupes particuliers, et des autochtones, ainsi que ceux d'autres groupes de détenus ayant des besoins spéciaux.

L'article 77 précise en outre que le SCC doit offrir des programmes adaptés à leurs besoins spécifiques (les délinquantes); quant à l'article 86, il spécifie que le Service doit veiller à ce que chaque détenu reçoive les soins de santé essentiels (y compris les soins de santé mentale), offerts par des professionnels agréés, et un accès raisonnable à des soins de santé mentale non essentiels.

Selon la Directive du commissaire n° 850 - Services de santé mentale, les détenus qui ont des troubles mentaux, caractériels et comportementaux doivent recevoir des soins essentiels prolongés selon les normes professionnelles et communautaires établies; en outre, les détenus qui souffrent de divers types de troubles mentaux doivent faire l'objet d'une évaluation et suivre un traitement en conséquence.

Toute stratégie en matière de santé mentale doit également répondre aux besoins particuliers des délinquants autochtones, conformément à l'article 80 de la LSCMLC et de la DC n° 702 - Programme pour détenus autochtones. De plus, toutes les

composantes de la stratégie doivent être évaluées en fonction de leur pertinence culturelle pour les délinquantes autochtones.

STRATÉGIE EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE AXÉE SUR LES FEMMES

En vertu de la LSCMLC et des politiques qui en découlent, les programmes de santé mentale pour délinquantes doivent comprendre des services complets adaptés aux besoins des femmes et tenir compte des différences entre les sexes mises en évidence par l'étiologie et la classification des problèmes de santé mentale, de la prévalence de certaines catégories de maladies mentales et des manifestations psychologiques et comportementales des problèmes de santé mentale.

De nombreuses délinquantes sont issues de milieux marginalisés, souvent marqués par la pauvreté, les abus et la toxicomanie, et subissent encore ces problèmes. C'est pourquoi les programmes et les services doivent être holistiques, c'est-à-dire tenir compte du contexte social des femmes et cibler les facteurs à l'origine de leur comportement criminel. Les services de santé mentale axés sur les femmes doivent donc être adaptés aux expériences et aux besoins en santé mentale connexes des délinquantes. Au nombre des facteurs entrant en ligne de compte, mentionnons :

- des relations antérieures marquées par la violence physique, psychologique et sexuelle;
- des enfants dont elles avaient la charge seules avant leur incarcération;
- le manque d'instruction et des possibilités limitées de trouver un emploi rémunérateur;
- la toxicomanie pendant une période prolongée.

Pour être efficaces, les programmes correctionnels destinés à toutes les délinquantes devraient aussi être fondés sur un modèle d'apprentissage de l'autonomie, dans lequel les femmes comprennent leur situation, découvrent leurs points forts et bénéficient d'appui et d'encouragement pour reprendre leur vie en main. Ce processus reconnaît aux délinquantes le droit d'agir et les tient responsables de leurs actions, tout en prenant en considération le contexte social dans lequel l'infraction a lieu (Kendall, 1993).

Dans le cas de certaines délinquantes souffrant de problèmes de santé mentale, des mesures d'intervention pourraient à elles seules suffire pour résoudre le problème de la criminalité et réduire le risque de récidive. Dans d'autres cas, ce n'est qu'une fois que le problème de santé mentale a été réglé que les femmes peuvent participer activement à un programme visant à traiter d'autres problèmes. Ceci étant dit, bien qu'il faille accorder de l'attention aux besoins des femmes à ce chapitre, on ne peut passer sous silence la criminalité et les valeurs criminogènes de ces femmes.

OBJET DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE POUR LES DÉLINQUANTES

L'objet des services de santé mentale pour les délinquantes est le suivant :

> Instaurer et garantir la continuité des soins, un soutien structuré et des programmes correctifs qui permettent aux délinquantes de maximiser leur bien-être mental et de réduire les risques de récidive, en développant chez celles-ci des aptitudes sociales, émotives et cognitives.

PRINCIPES FONDAMENTAUX QUI SOUS-TENDENT LA MISE EN OEUVRE DE PROGRAMMES ET DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE POUR LES DÉLINQUANTES

On recense de nombreux principes essentiels à l'élaboration de tout service de santé mentale pour délinquantes.

1. **Bien-être**, qui passe par :
    - la mise en oeuvre de programmes holistiques, c'est-à-dire des programmes qui tiennent compte du corps, de l'esprit, de l'âme et des émotions, ainsi que de la corrélation entre ces derniers dans un contexte familial et communautaire;
    - l'élimination des stéréotypes dans la mesure où ceux-ci nous poussent à n'envisager les problèmes des femmes que sous l'angle de la santé mentale;
    - le renforcement des aptitudes nécessaires au développement personnel et à la vie autonome dans la collectivité, par opposition à l'adaptation au milieu carcéral (cela dit, les délinquantes purgeant une peine de longue

durée doivent être encouragées à s'adapter au style de vie communautaire au sein de l'établissement);

- le recours à des spécialistes de la santé mentale et à d'autres sources de soutien, y compris des fournisseurs de services autochtones, des ressources communautaires et des familles, pour aider les délinquantes à atteindre cet objectif.

2. **Accès (conformément à l'article 86 de la LSCMLC)** - donner raisonnablement accès à des services de santé mentale essentiels et non essentiels, y compris :
   - le diagnostic précoce des problèmes de santé mentale et la détermination des besoins en services;
   - les mesures d'intervention opportunes visant à atténuer l'intensification des symptômes et à prévenir les situations de crises aiguës;
   - les services fournis conformément aux normes de la collectivité.

3. **Adaptation aux besoins des femmes** - les services de santé mentale doivent être axés sur les femmes et adaptées à leurs besoins particuliers, de sorte que :
   - seuls les employés préoccupés par la situation des femmes et leurs problèmes assurent ces services;
   - les programmes et les services sont élaborés pour répondre aux besoins particuliers des délinquantes, et favorisent l'autonomie personnelle, les rapports avec les autres et les relations constructives basées sur le respect mutuel.

Toutefois, il est à noter que, en raison de contraintes financières, il peut être nécessaire de transférer des femmes dans d'autres régions, établissements ou centres communautaires, pour maximiser les options en matière de traitement.

4. **Participation des clients (un principe de justice fondamentale)** - les délinquantes doivent participer activement à leur évaluation et à leur traitement, de sorte que :

   - dans la mesure du possible, elles jouent un rôle actif dans la planification de leur traitement et dans les décisions qui les concernent.

5. **Mesures moins restrictives (conformément au principe énuméré en 4d) de la LSCMLC)** :

   - le traitement est administré selon la méthode d'intervention la moins restrictive/intensive possible;
   - les femmes sont logées dans le milieu le moins restrictif possible.

AUTRES ÉLÉMENTS ESSENTIELS À LA PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE POUR LES DÉLINQUANTES

Structure et milieu : le milieu carcéral général doit être stable, prévisible, favorable et constructif. Les femmes doivent connaître les paramètres et les attentes les concernant. Une structure et un milieu stables sont des facteurs déterminants dans la réussite des programmes. De plus, l'administration et le personnel doivent chercher à garantir un milieu thérapeutique et éducatif stable à l'échelle de l'établissement.

Les établissements doivent être conçus en tenant compte d'autres facteurs reconnus pour favoriser le bien-être, notamment la lumière naturelle, le plein air et l'espace.

Transition : il est essentiel de dispenser des services de transition aux délinquantes qui passent d'un établissement à un autre ainsi que d'un établissement à la société en général, pour réduire le risque de récidive et assurer une certaine continuité des services qu'elles reçoivent. De même, les établissements ordinaires doivent être en

mesure de soutenir et de prendre appui sur les changements apportés aux programmes de traitement spécialisé. Des services de transition devraient être élaborés pour appuyer les progrès réalisés en thérapie, particulièrement compte tenu du fait que parmi les délinquantes souffrant de problèmes de santé mentale, nombreuses sont celles dont la liberté est révoquée non pas parce que de nouvelles accusations sont portées contre elles, mais pour des raisons liées à leur santé mentale, par exemple parce qu'elles ne prennent pas (ou qu'elles prennent mal) les médicaments psychotropes qu'on leur prescrit, ce qui engendre une détérioration de leur fonctionnement global.

La continuité des soins pourrait être assurée par des services de thérapie individuelle et de thérapie de groupe axée sur la prévention des rechutes, de même que par l'établissement de liens avec les ressources communautaires. Ces services permettraient de combler le fossé et de donner aux femmes qui quittent la prison l'occasion de vivre une phase de transition. Les travailleurs sociaux seraient tout désignés pour remplir ce rôle.

Coordination des activités des fournisseurs de services de santé mentale : tous les fournisseurs de services de santé mentale, y compris les sous-traitants, doivent tenir des consultations en permanence pour s'échanger des renseignements pertinents sur les délinquantes, effectuer les évaluations appropriées, planifier le traitement et surveiller les progrès. La coordination et la consultation sont également importantes pour faire en sorte que les fournisseurs de services de santé mentale, et d'autres employés de l'établissement, ne travaillent pas seuls, sans quoi ils risqueraient d'être victimes d'un épuisement professionnel précoce.

Il faudrait offrir aux femmes autochtones et et aux autres qui sont ouvertes à la culture autochtone des pratiques de guérison où l'on fait appel à des sueries, jeûnes, bains (écorce de cèdre), tambour et danse, et cérémonies.

Rôle du psychologue : étant donné l'acuité des problèmes de santé mentale chez les délinquantes, le psychologue doit jouer un rôle primordial dans la gestion des cas individuels, en participant à la gestion des cas, à la gestion du comportement, et à la mise en oeuvre des programmes, et en s'employant à établir un milieu favorable au traitement. Étant appelés à cerner les besoins particuliers de chaque délinquante, les psychologues doivent aussi contribuer à la désignation pour chaque délinquante de programmes appropriés, notamment en matière de santé mentale, qui favorisent l'équilibre mental dans un contexte holistique.

Intégration/communication des renseignements : la direction doit veiller à ce que le modèle de mise en oeuvre des programmes de santé mentale intègre toutes les activités pertinentes, prévues dans le continuum de soins. Elle doit aussi faire en sorte que le psychologue joue un rôle dans la prise de décisions relatives aux programmes visant à traiter des problèmes comme l'agression sexuelle, la toxicomanie, même s'il se peut que ces problèmes ne tombent pas dans la catégorie des programmes de santé mentale comme tels. En outre, les services de santé mentale doivent faire partie du plan correctionnel de chaque délinquante; pour sa part, l'agent de gestion des cas doit participer à la coordination et à l'exécution du plan de traitement de santé mentale de chaque délinquante. La communication des renseignements sur la santé mentale d'une délinquante à tous les membres de l'équipe chargée de gérer son cas est cruciale pour assurer un suivi efficace des progrès de cette délinquante.

Services offerts par les Aînés : pour les délinquantes autochtones, les Aînés doivent être considérés comme une partie intégrante de l'équipe de fournisseurs de services de santé mentale. Il faut faciliter l'accès aux services offerts par les Aînés, y compris

les cérémonies et les enseignements. Les programmes de soins de santé mentale à l'intention des délinquantes autochtones devraient être élaborés et dispensés par des organismes autochtones ou par des personnes ayant démontré qu'elles connaissent bien les préoccupations et les besoins des femmes autochtones.

Participation de la délinquante : autant que possible, les délinquantes devraient prendre part à l'élaboration et à la mise des programmes. Dans un certain nombre de groupes, il serait raisonnable et efficace d'appeler des délinquantes à intervenir auprès de leurs semblables. L'estime qu'elles ont d'elles-mêmes s'en trouverait ainsi renforcée.

Masse critique : la taille du groupe doit être prise en considération dans l'exécution des programmes. Bien que la plupart des programmes soient destinés à un groupe de 8 à 12 personnes, certains programmes de santé mentale, compte tenu du nombre restreint de délinquantes dans chaque établissement, peuvent accueillir un nombre inférieur de participantes.

Formation/sensibilisation du personnel : la formation et la sensibilisation continues du personnel en ce qui a trait aux problèmes de santé mentale qu'éprouvent les délinquantes sont, tout comme les mesures d'intervention appropriées, essentielles pour l'établissement d'un climat de compréhension, d'acceptation et de tolérance à l'égard de ces femmes, et pour le renforcement de la confiance et des compétences des employés. Toutefois, on ne devrait recruter que des employés manifestant un intérêt marqué pour travailler auprès de femmes ayant des besoins en santé mentale.

Il est essentiel de fournir une rétroaction et un soutien soutenu au personnel qui travaille dans un milieu souvent stressant et exigeant. La formation continue est également déterminante dans le maintien de limites adéquates entre les employés et

les délinquantes. En outre, la formation du personnel devrait comprendre une information sur les objets rituels, les enseignements et les cérémonies des Autochtones, et peut-être une participation à des cérémonies autochtones.

Résolution de crise : on devrait chercher des approches nouvelles pour intervenir et trouver des solutions en cas de crise. Ces approches devraient prévoir non seulement la participation du personnel chargé des soins de santé mentale, mais aussi des visites de la famille et des rencontres avec d'autres délinquantes pendant les périodes critiques au cours desquelles les femmes ont besoin d'être beaucoup soutenues. La participation des Aînés à ce processus devrait également être prise en considération pour les femmes autochtones.

Transfèrement : le transfèrement dans les centres de traitement de la santé mentale et le retour à l'établissement doivent être gérés de manière à réduire au minimum les difficultés d'adaptation éventuelles de la délinquante faisant l'objet du transfèrement et de manière à résoudre ces difficultés.

Travail : il est extrêmement important que les détenues aux prises avec des problèmes de santé mentale acquièrent des attitudes positives et des compétences utiles en ce qui a trait à l'emploi, pendant le processus de transition décrit ci-dessus. L'acquisition de ces compétences leur permettrait également d'améliorer leur estime de soi, sentiment qui est capital pour la santé mentale. Sans ces compétences, il est probable qu'après leur mise en liberté, les femmes se retrouvent dans la pauvreté, ce qui renforcerait certains aspects de la dynamique qui est à l'origine de leur comportement criminel.

Méthodes novatrices : les méthodes novatrices, y compris les techniques de relaxation, la résolution de conflits, les thérapeutiques corporelles (p. ex., l'acuponcture et le massage thérapeutique), les activités en milieu sauvage, l'écriture,

la tenue d'un journal, les arts dramatiques, la thérapie par l'art, la zoothérapie, la méditation, le tai-chi, les jeux de rôle, le counseling par les pairs et les programmes d'encadrement, devraient être explorées aussi souvent que possible.

Création de liens : il faudra insister sur la promotion d'autres activités et intérêts, notamment l'exercice physique, le travail, les passe-temps, les activités intellectuelles et spirituelles, et les contacts avec la famille et les amis, étant donné leur grande contribution au bien-être mental des délinquantes. De plus, les contacts avec la famille et les amis peuvent aider énormément les femmes à maintenir les progrès accomplis pendant leur incarcération. De même, les programmes pour les femmes devraient être conçus de manière à favoriser les relations entre les mères et leurs enfants.

Diversité : il faudrait prendre des mesures proactives pour faire en sorte que le personnel de la santé mentale soit aussi diversifié que la population carcérale. Il faudrait mettre l'accent tout particulièrement sur l'origine ethnique, l'orientation sexuelle et la langue.

Capacités intellectuelles : les programmes doivent tenir compte de la culture des délinquantes et de leurs niveaux d'alphabétisation. Ils doivent en outre répondre aux besoins particuliers des délinquantes dont le fonctionnement intellectuel est faible. On pourrait même former des groupes pour répondre spécifiquement aux besoins de ce genre de délinquantes.

Documents de référence et autres : il faudrait envisager la mise en place d'une section de référence dans la bibliothèque de l'établissement, où les délinquantes pourraient faire des lectures complémentaires à leurs programmes, ainsi que de films

vidéo éducatifs sur une variété de sujets, y compris la toxicomanie, les compétences parentales et la maîtrise du stress.

Limites : les réalités financières peuvent l'emporter sur d'autres considérations lorsqu'il est question des besoins des délinquantes en santé mentale. Ainsi, les femmes nécessitant des soins intensifs, incarcérées dans des régions qui n'offrent pas de programme pertinent, pourraient devoir être transférées dans une autre région, ce qui peut compromettre l'objectif visant à permettre aux délinquantes de purger leur peine dans l'établissement le plus proche de leur collectivité d'origine.

En outre, il peut être difficile de trouver, dans une région ou dans un établissement donné, du personnel de sécurité ayant les compétences nécessaires pour offrir certains services.

ÉLÉMENTS ESSENTIELS À LA CONTINUITÉ DES SOINS DE SANTÉ MENTALE POUR LES DÉLINQUANTES

Selon les antécédents et les besoins des délinquantes, les programmes de soins en santé mentale nécessaires pour répondre à ces besoins et pour réduire les tendances criminelles de ces femmes devraient renfermer les éléments énoncés ci-dessous (lesquels figurent également à l'annexe D).

1) Services d'évaluation

Toutes les délinquantes doivent subir une évaluation de la santé mentale, présentée dans un rapport écrit, s'inscrivant dans un processus d'évaluation initiale pluridisciplinaire complet. Ce processus, qui tient compte de la culture (conformément à DC n° 840 - Services psychologiques), permet d'établir les besoins et les réalités des femmes, et d'intégrer les besoins en santé mentale à d'autres objectifs correctionnels, pour élaborer un plan de traitement unique et complet. Grâce à l'évaluation, on peut déterminer le niveau et l'intensité de l'intervention requise en santé mentale, et la volonté de la délinquante de participer à une thérapie quelconque. Si la délinquante manifeste de graves problèmes de santé mentale, on peut alors renvoyer son cas à un psychiatre ou à un autre spécialiste à des fins d'évaluation supplémentaire.

Il faudra encourager les délinquantes qui ont déjà fait l'objet d'une intervention en santé mentale à permettre au psychologue et à d'autres intervenants d'avoir accès à cette information. Le rapport d'évaluation devrait être mis à la disposition des agents de gestion des cas pour favoriser la gestion en équipe du cas d'une délinquante, du début jusqu'à la fin de la peine.

2) Soins intensifs

Troubles organiques : des soins intensifs peuvent s'imposer pour évaluer et traiter les délinquantes souffrant de troubles mentaux aigus (psychose, schizophrénie). Le but du traitement est de stabiliser les symptômes; la thérapie doit être suivie dans un établissement résidentiel de soins intensifs comme un hôpital sûr dans la collectivité. Joliette bénéficie d'un arrangement avec l'Institut Pinel pour le traitement des femmes ayant besoin de soins intensifs.

Autres troubles : des soins intensifs peuvent aussi être jugés nécessaires chez les femmes non psychotiques qui souffrent depuis longtemps de problèmes psychologiques et comportementaux, tel qu'il est indiqué plus haut. Un programme de guérison intensive à l'intention de ces femmes a été élaboré au Centre psychiatrique régional (Prairies). D'autres programmes de soins intensifs pourraient être conçus à l'avenir, selon les besoins.

Programme de guérison intensive :

Compte tenu du fait que certaines délinquantes avaient des besoins en santé mentale dépassant la capacité d'intervention du nouvel établissement, le SCC a fait appel aux services du docteur Margo Rivera, du Kingston Psychiatric Hospital, pour examiner 26 délinquantes dans cette situation. Dans son rapport intitulé *Giving Us A Chance - Needs Assessment: Mental Health Resources for Federally Sentenced Women in the Regional Facilities*, le docteur Rivera recommandait au SCC d'élaborer un programme de guérison intensive pour répondre aux besoins des femmes qui ont affiché *tous* les comportements suivants ou *la plupart d'entre eux* : comportement autodestructeur persistant et grave; troubles de l'identité; dépression; difficulté à maîtriser la colère; aliénation grave; problèmes dans les relations intimes; comportement suicidaire; anxiété grave; faible estime de soi; toxicomanie grave. En général, ces femmes représentent les cas les plus difficiles à gérer, et leurs

comportements empêchent souvent la réussite des programmes destinés à réduire le risque de récidive.

Un programme de guérison intensive à l'intention des femmes éprouvant ces difficultés a été élaboré par le SCC (aucun programme analogue n'avait été offert aux délinquantes auparavant, ni par le SCC, ni par une autre autorité compétente); depuis septembre 1996, ce programme est offert au Centre psychiatrique régional (Prairies). Le traitement (thérapie cognitive du comportement) est axé sur la compréhension et la transformation des pensées et des comportements qui sont à la source des problèmes des délinquantes. La réussite de ces transformations est tributaire de l'acquisition, par la délinquante, de nouvelles compétences et stratégies d'adaptation. Cette acquisition se fait de deux façons. La première, formelle, réside dans les composantes de programme; la deuxième, informelle, dans les interactions et l'imitation des comportements positifs des membres du personnel (communauté thérapeutique). Par ailleurs, on insiste sur le présent plutôt que sur le passé, et sur la compréhension de la dynamique des contacts interpersonnels qui se produisent dans le cadre du programme. On a aussi intégré à ce dernier un élément d'évaluation globale qui prévoit la participation du personnel et des détenues.

La thérapie comprend de nombreux aspects complémentaires :

- une approche communautaire thérapeutique;
- le counseling en tête-à-tête;
- les programmes de groupe;
- la pharmacothérapie (médicaments prescrits au besoin).

3) Soins courants

Les soins courants sont prévus pour permettre aux délinquantes ayant de sérieux problèmes de santé mentale de vivre parmi la population carcérale générale, en leur offrant des services de traitement intensifs quotidiens et ciblés, au moyen de séances de counseling en tête-à-tête, de thérapies collectives ou d'un ensemble de mesures d'intervention. Cependant, les thérapies collectives destinées à ce segment de la population carcérale sont peu probables dans certains établissements, en raison du faible nombre de délinquantes.

Le rôle de l'équipe de soins de santé mentale (qui comprend le psychologue, l'Aîné ou l'agent de liaison autochtone, l'infirmière et peut-être également le psychiatre, l'intervenant de première ligne, l'agent de gestion de cas et l'aumônier) dont est doté chaque établissement (en vertu de la DC n° 850), est de surveiller les délinquantes nécessitant ce niveau de soins. De plus, l'équipe doit déterminer les besoins et les exigences en matière de services, de même que suivre et consigner de façon régulière les progrès cliniques faits par les délinquantes. Il serait souhaitable de désigner l'un des membres de l'équipe comme coordonnateur des aspects du cas liés à la santé mentale, pour garantir un suivi adéquat.

Les mesures d'intervention peuvent comprendre ce qui suit.

- Stabilisation des symptômes
- Programmes de réadaptation psychosociale
  - acquisition de compétences sociales et interpersonnelles
  - acquisition d'aptitudes cognitives
  - compétences psychosociales, en ce qui a trait notamment à l'éducation et à l'emploi
- Thérapies collectives*

-information et soutien concernant l'administration des médicaments pour favoriser le bon usage des médicaments

-survivantes d'actes de violence

-troubles alimentaires

-comportement autodestructeur

-gestion de la colère et du stress

- Traitement de troubles doubles (santé mentale et toxicomanie)
- Planification générale du traitement
- Prévention des rechutes

**On semble préférer les groupes axés sur la psychoéducation. Dans le cadre de ces groupes, on établit des liens psychologiques de manière éducative, plutôt que de sonder les traumatismes particuliers à chaque femme.*

Le suivi et la prévention des rechutes chez les délinquantes souffrant de graves problèmes qui ont pris part au programme de guérison intensive sont essentiels, si l'on veut appuyer et maintenir les progrès réalisés dans le cadre de la thérapie.

4) Soins ambulatoires

Ces soins comprennent les thérapies collectives, la prévention, l'entretien, la prévention des rechutes et les services psychoéducatifs. Ces services visent à offrir d'une part des thérapeutiques ayant pour but de traiter des problèmes permanents comme les troubles alimentaires; d'autre part, des mesures d'intervention à court terme à l'intention des délinquantes souffrant de perturbations psychologiques graves, liées à un phénomène circonstanciel qui pourrait compromettre de manière temporaire leur capacité de fonctionner. Il pourrait s'agir de la mort d'un membre de la famille, de la perte de la garde des enfants ou de conflits de personnalité au sein de l'unité résidentielle.

Les soins ambulatoires doivent être fournis parallèlement à d'autres programmes. Les services offerts doivent être coordonnés par l'équipe des soins de santé mentale. Le plan de traitement de chaque délinquante doit être préparé par celle-ci et son psychologue ou l'intervenant de première ligne, avec le concours de l'équipe.

Le traitement peut comprendre les composantes qui suivent.

- Résolution des situations d'urgence
- Programmes de thérapie collective ciblés
  - -gestion de la colère et du stress
  - -résolution de conflits
  - -survivantes de traumatismes et d'actes de violence*
  - -troubles alimentaires
  - -estime de soi
  - -compétences parentales
  - -comportement autodestructeur
  - -prévention des rechutes
  - -cercles thérapeutiques animés par des Aînés

** Le volet axé sur les survivantes de traumatismes et d'actes de violence est l'une des composantes des programmes de base offerts aux femmes purgeant une peine dans un établissement carcéral pour femmes. Ce programme est mentionné ici également parce qu'il pourrait jouer un rôle clé dans le bien-être mental des délinquantes.*

Certains établissements ont offert les composantes ci-dessus pour répondre aux besoins exprimés par bon nombre de délinquantes à un moment donné. Ainsi, il existe à l'établissement de Nova une thérapie collective pour le traitement de la toxicomanie, à laquelle peut participer toute femme qui le souhaite.

Comme c'est le cas pour les soins intensifs, le suivi et la prévention des rechutes chez les délinquantes souffrant de graves problèmes qui ont pris part au programme de

guérison intensive sont essentiels si l'on veut appuyer et maintenir les progrès réalisés dans le cadre de la thérapie.

Les délinquantes qui nécessitent des soins intensifs pourraient prendre part aux programmes de thérapies collectives, selon leur disposition à travailler en groupe, le nombre de délinquantes, la dynamique du groupe et des considérations opérationnelles.

***5)* Services de psychothérapie/de counseling**

Des services de cette nature seront offerts sur une base volontaire aux délinquantes qui se sentent prêtes à faire face à leurs problèmes personnels lors de séances en tête-à-tête avec un psychologue (DC n° 840 - Services psychologiques). Ces services jouent un rôle crucial dans le cas des femmes qui ont vécu divers problèmes et divers traumatismes dont elles ne semblent pas capables de se sortir autrement. Le psychologue aide la femme à prendre conscience des répercussions de ses problèmes passés sur son comportement actuel et à développer sa capacité d'adaptation en vue d'améliorer son bien-être mental et de réduire le risque de récidive. Si le problème est traité dans le cadre d'une thérapie collective déjà entreprise, il faudrait peut-être encourager la délinquante à se joindre au groupe. Toutefois, la taille de certains établissements étant petite, les délinquantes qui s'y trouvent pourraient refuser de participer à des thérapies collectives de peur d'étaler des renseignements personnels devant les autres.* Par ailleurs, la psychothérapie et le counseling peuvent constituer

*Selon certaines études, il est peut-être même nuisible d'appliquer des thérapies intensives où l'on aborde des questions telles que les sérvices sexuels en milieu carcéral.

un complément appréciable pour les délinquantes qui ont suivi des composantes de thérapies collectives prévues dans le cadre des soins courants ou ambulatoires.

6) Composantes autochtones/services offerts par les Aînés

On ne saurait surestimer l'importance de l'accès aux services offerts par les Aînés pour la guérison et le bien-être mental des femmes autochtones. En effet, le contact avec des Aînés est perçu dans le pavillon de ressourcement comme faisant partie intégrante des services de santé mentale. C'est pourquoi on compte toujours au moins un Aîné au pavillon. En outre, on y offre des services de santé mentale traditionnels, sous forme de counseling par un psychologue, et des services psychiatriques. Les services de santé mentale traditionnels semblent s'intégrer facilement aux services des Aînés; on encourage les délinquantes à profiter des meilleures services que l'une et l'autre des approches ont à offrir.

Tous les membres du personnel travaillant auprès des délinquantes devraient être informés et sensibilisés à l'importance des services des Aînés pour la guérison des femmes autochtones et, par conséquent, permettre à celles-ci de rencontrer des Aînés le plus souvent possible. Par ailleurs, les Aînés devraient être représentés au sein de l'équipe de soins de santé mentale dans chaque établissement pour qu'on tire pleinement bénéfice de leurs compétences.

7) Autres composantes de programme

Suicide et automutilation

Il est essentiel que chaque établissement élabore une stratégie globale pour prévenir les suicides et réduire l'incidence de l'automutilation. Pour ce faire, les établissements formation continue pour leur permettre de comprendre les causes des tentatives devraient notamment assurer aux membres du personnel de première ligne une

d'automutilation et de suicide chez les femmes, et de déterminer des mesures d'intervention appropriées. L'automutilation doit être perçue comme un problème de santé mentale, et non pas comme un problème de sécurité, à moins de circonstances aggravantes (p. ex., l'utilisation d'armes). Compte tenu du fait que certaines études appuient le point de vue voulant que l'automutilation et le comportement agressif soient associés aux personnes souffrant de troubles de la personnalité, les membres du personnel devraient accorder une attention particulière aux incidents d'automutilation parmi ces détenues (Swinton et Hopkins, 1996).

Délinquantes ayant un faible fonctionnement intellectuel

Un certain nombre de délinquantes qui ont des problèmes de santé mentale, notamment dans la région de l'Atlantique, pourraient être considérées comme ayant de faibles performances. On juge que ces femmes ont en général des besoins élevés mais présentent de faibles risques, et qu'elles nécessitent probablement une gestion intensive et des services de soutien pour fonctionner efficacement dans un établissement régional (Whitehall, 1995).

Pour pouvoir progresser dans l'acquisition de compétences psychosociales de base, ces délinquantes peuvent nécessiter des mesures d'intervention qui dépassent le champ du counseling thérapeutique et des programmes formels. L'assistance d'un ergothérapeute pourrait très bien convenir pour répondre aux besoins de ce groupe. Les régions où elles sont suffisamment nombreuses voudront peut-être désigner une des unités pour elles, avec surveillance de 24 heures par des employés ayant reçu une formation en compétences psychosociales. Le but serait la réintégration des délinquantes dans l'une des autres unités ou dans la collectivité.

Délinquantes sexuelles

Il n'y a pas eu beaucoup de travaux de recherche sur les délinquantes sexuelles, et les troubles mentaux sont rarement considérés comme des facteurs déterminants de criminalité chez ce groupe. Néanmoins, étant donné que bon nombre de ces délinquantes semblent fonctionner de façon marginale et que des interventions s'imposent pour assurer leur bien-être mental, ce groupe sera également visé par la stratégie.

En février 1996, on comptait neuf femmes incarcérées sous responsabilité fédérale et 12 femmes libérées sous caution, en semi-liberté, en liberté conditionnelle totale ou libérées d'office dont l'infraction principale à l'origine de la peine avait été de nature sexuelle (Williams, 1997). C'est dire qu'il y a, proportionnellement, très peu de délinquantes sexuelles par rapport au nombre de délinquants sexuels.

Il y a différents types de délinquantes sexuelles, et le traitement et les exigences de suivi les concernant varient selon leurs caractéristiques personnelles, la nature de l'infraction sexuelle et le plan de libération conditionnelle. La réussite du traitement dépend de l'adéquation de la mesure d'intervention avec les besoins particuliers de la délinquante. Il est important de ne pas négliger les besoins de la délinquante en thérapie qui pourraient naître de ses propres épisodes de victimisation (toxicomanie, aliénation, automutilation, sévices auto-infligés). Le traitement des délinquantes purgeant une peine pour infractions sexuelles commande des connaissances spécialisées; de même, on devrait garantir au personnel qui doit interagir avec ces délinquantes la formation et la surveillance nécessaires.

Soutien des pairs

Ce soutien constitue un élément crucial du continuum de services de santé mentale visant à donner aux délinquantes l'accès aux conseils, à l'appui et au réconfort

auxquels ont droit d'autres délinquantes en situation d'urgence. Tel qu'il est décrit dans les lignes directrices à l'intention de l'équipe de soutien par les pairs de la Prison des femmes, les pairs-conseillers doivent suivre une formation :

> «[TRADUCTION] pour faire des interventions préventives (p. ex., s'il y a raison de croire qu'une femme éprouve certaines difficultés qui pourraient vraisemblablement s'intensifier; si une femme est dans un état vulnérable; ou si les tensions augmentent au sein de l'unité résidentielle); assurer un counseling de suivi après que la situation d'urgence initiale a été dissipée; et intervenir en situation de crise. »

Le programme de formation des formateurs, décrit dans une mise à jour des lignes directrices susmentionnées, a été offert au personnel de tous les établissements pour femmes; l'étape de la mise en oeuvre est présentement en cours.

Certains établissements ont jugé qu'il était préférable pour un petit établissement d'adopter une version modifiée des lignes directrices concernant le soutien par les pairs. Ainsi, l'établissement Nova a mis en oeuvre un système d'apprentissage par jumelage, dans le cadre duquel les femmes ayant des besoins particuliers sont jumelées avec d'autres femmes ayant des compétences particulières.

Autres programmes

Les délinquantes peuvent nécessiter, outre les programmes axés sur le bien-être mental ou les besoins des délinquantes en santé mentale, des programmes destinés à améliorer d'autres aspects comme les compétences sociales et cognitives. Cependant, tel qu'il a été mentionné plus haut, il est impératif que tous les programmes et services soient interreliés.

Le rôle que joue le travail dans l'acquisition des compétences menant à l'indépendance financière et à une vie professionnelle gratifiante au sein de la collectivité contribue de manière importante à la santé mentale des femmes, en leur permettant de sentir qu'elles ont le contrôle de leur vie. À cette fin, les programmes d'emploi constituent un élément essentiel d'un programme complet de soins de santé mentale.

8) Services communautaires

Les délinquantes ayant des besoins en santé mentale devraient être orientées vers des services communautaires pour garantir la réussite du traitement à long terme et réduire le risque de récidive.

Les activités de programme peuvent comprendre :

- l'éducation et la promotion des compétences d'autogestion;
- l'établissement de liens avec les institutions communautaires appropriées, notamment les organismes de santé mentale, les organismes de logement avec services de soutien, les centres d'emploi, les services d'aide sociale, les centres de désintoxication ainsi que les communautés et les services autochtones.

Sur ce plan aussi, les variations sont probables. Ainsi, en raison des ressources limitées et de la petite taille de l'établissement Nova, la psychologue attitrée s'est rendue dans la collectivité pour assurer les services de transition elle-même. Toutefois, un membre du personnel, selon toute vraisemblance l'agent chargé de la réinsertion sociale, doit être désigné pour surveiller et coordonner les rapports entre les femmes ayant des besoins en santé mentale et la collectivité.

SURVEILLANCE ET SUIVI

Les programmes d'intervention et de traitement en santé mentale doivent préconiser le traitement le plus efficace et le plus récent possible, et respecter les principes énoncés dans le présent document.

Tous les programmes doivent prévoir le suivi continu et l'évaluation périodique. Il revient au professionnel de la santé mentale responsable de l'exécution du programme de s'assurer que ce dernier est évalué dans son intégralité, au moyen de mesures qualitatives et quantitatives et d'un mécanisme de rétroaction de la part des participantes. Pour ce faire, les critères et les méthodes d'évaluation, ainsi que les données à recueillir, doivent être précisés avant le commencement du programme. Ainsi, il importe d'évaluer la capacité des programmes et services de répondre, de façon générale, aux besoins des délinquantes, leur conformité aux principes énoncés plus tôt ainsi que leur efficacité et leur capacité de renforcer nos connaissances concernant les interventions utiles pour les délinquantes. Parmi ces programmes et services, mentionnons :

- des ateliers évalués au moyen d'un bref questionnaire distribué aux participantes pour recueillir leur point de vue quant à la qualité et à l'utilité de la présentation;
- des cours évalués par des prétests et des post-tests permettant d'évaluer les connaissances acquises par les participantes;
- des groupes expérimentaux évalués à l'aide de mesures de l'état dépressif, de l'anxiété, de la maîtrise de soi, de l'estime de soi et de l'affirmation de soi avant et après l'intervention en groupe, et au moyen de formulaires distribués aux participantes pour connaître leur point de vue subjectif relativement à l'utilité des groupes.

La procédure d'évaluation devrait être redéfinie et mise à jour à mesure que les programmes et les interventions se préciseront.

RESPONSABILITÉS DE GESTION

Même si les établissements ne sont pas tenus d'assurer l'accès sur place à toutes les composantes du continuum de soins, ils doivent toutefois garantir aux délinquantes un accès raisonnable et approprié à tous les niveaux de soins. Ils doivent en outre faire en sorte que les soins de santé mentale qu'ils offrent sont gérés par des professionnels de la santé agréés (article 85 de la LSCMLC).

Les règlements devraient prévoir :

1. le niveau et la portée des soins
2. des mécanismes appropriés de gestion et de suivi des programmes de santé mentale
3. des modes de communication horizontale et une méthode de travail d'équipe pour assurer l'intégrité et l'uniformité
4. un processus visant à assurer la formation et la sensibilisation continues et efficaces du personnel aux questions autochtones.

La direction doit aussi veiller à ce que les professionnels de la santé mentale, les psychologues, les travailleurs sociaux, etc., dont on retient les services sont hautement qualifiés et possèdent les compétences et l'expérience voulues pour intervenir avec efficacité auprès des délinquantes.

Sans doute, la mise en oeuvre d'un programme complet de soins de santé mentale demandera du temps; il faudra attendre que les membres du personnel aient procédé à

une planification détaillée et à l'élaboration de plans d'action appropriés. Chaque établissement devra déterminer quelles composantes des programmes de soins courants et ambulatoires devront être élaborées et mises en oeuvre avant les autres. De plus, on devra consacrer des sommes additionnelles aux soins de santé mental destinés aux femmes afin d'être en mesure d'effectuer les interventions nécessaires dans ce domaine.

La satisfaction des besoins en santé mentale des délinquantes présente des difficultés qu'il faudra toujours surmonter en faisant preuve d'innovation, en réévaluant constamment la situation et en collaborant avec nos partenaires hors des établissements.

ANNEXE A

DIFFÉRENCES ENTRE LES SEXES EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE

Dépression	Les femmes sont deux fois plus susceptibles que les hommes de faire une dépression. Chez les femmes incarcérées, ce ratio grimpe à trois fois.
Schizophrénie	Les femmes sont plus susceptibles de présenter les symptômes de la schizophrénie.
Agression sexuelle et violence physique	Les taux déclarés sont plus élevés chez les femmes dans les deux cas.
Troubles alimentaires	Les taux déclarés sont plus élevés chez les femmes.
Personnalité antisociale	Femmes incarcérées : 29 p. 100; hommes incarcérés : 57 p. 100.
Personnalité antisociale/ anxiété	Pour ces deux affections, les cas diagnostiqués chez les femmes sont plus fréquents.
Toxicomanie	Les femmes sont plus susceptibles de souffrir d'un trouble psychique concomitant, et souffrent plus durement des conséquences physiques de la consommation de drogues et d'alcool. Les femmes incarcérées sont tout aussi susceptibles que les hommes d'avoir des antécédents de toxicomanie; cependant, il y a plus de chances qu'elles aient touché aux drogues dures comme la cocaïne et l'héroïne et qu'elles se soient administrées les drogues par injection intraveineuse.
Traitement de la santé mentale en milieu communautaire	Selon une étude menée en 1995 à la Prison des femmes, les femmes purgeant une peine fédérale étaient trois fois plus susceptibles que les hommes d'avoir suivi un traitement en milieu communautaire.

Réf. : Coryell et coll., 1992; Gove 1979; Ross et coll., 1988; Colten, 1981; Brume, 1994; Loucks, 1995.

ANNEXE B

COMPARAISON DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE CHEZ LES FEMMES INCARCÉRÉES ET LES FEMMES DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

	Femmes dans la pop. gén.	Femmes incarcérées
Schizophrénie	1,1 % (prévalence à vie)	7 % (prévalence à vie)
Dépression grave	8,1 %	19 %
Troubles liés à la toxicomanie - Alcoolisme	4,3 %	36 %
Troubles liés à la toxicomanie - Drogues	3,8 %	26 %
Trouble des fonctions psychosexuelles		70 %
Personnalité antisociale	1,2 %	29 %
Agression sexuelle durant l'enfance	De 20 à 54 %	De 47 à 90 %
Violence physique liée à une relation intime, à l'âge adulte	27 %	69 %

Réf. : Alexander et Luper, 1987; Badgley, R. F., 1984; Finkelhor, D., 1979; Herman, J., 1981; Kristiansen et coll., 1995; Russell, D., 1984 et 1986.

ANNEXE C

Le Service correctionnel du Canada assure la prestation de services de santé essentiels aux détenus, y compris les soins de santé mentale et les soins de santé généraux.

Critères

Services de santé essentiels

Les détenus ont accès à des services d'évaluation, d'aiguillage et de traitement.

Les services essentiels comprennent :

a. les soins d'extrême urgence (le retard du service mettra en danger la vie du détenu);

b. les soins d'urgence (l'état du détenu se détériorera probablement au point d'exiger des soins d'extrême urgence ou le détenu pourra perdre la capacité d'exercer ses activités);

c. les soins de santé mentale donnés en réponse aux troubles de la pensée, de l'humeur, de la perception, de l'orientation ou de la mémoire qui altèrent considérablement le jugement, le comportement, le sens de la réalité ou l'aptitude à faire face aux exigences normales de la vie. Cette définition vise les services actifs et prolongés de soins de santé mentale;

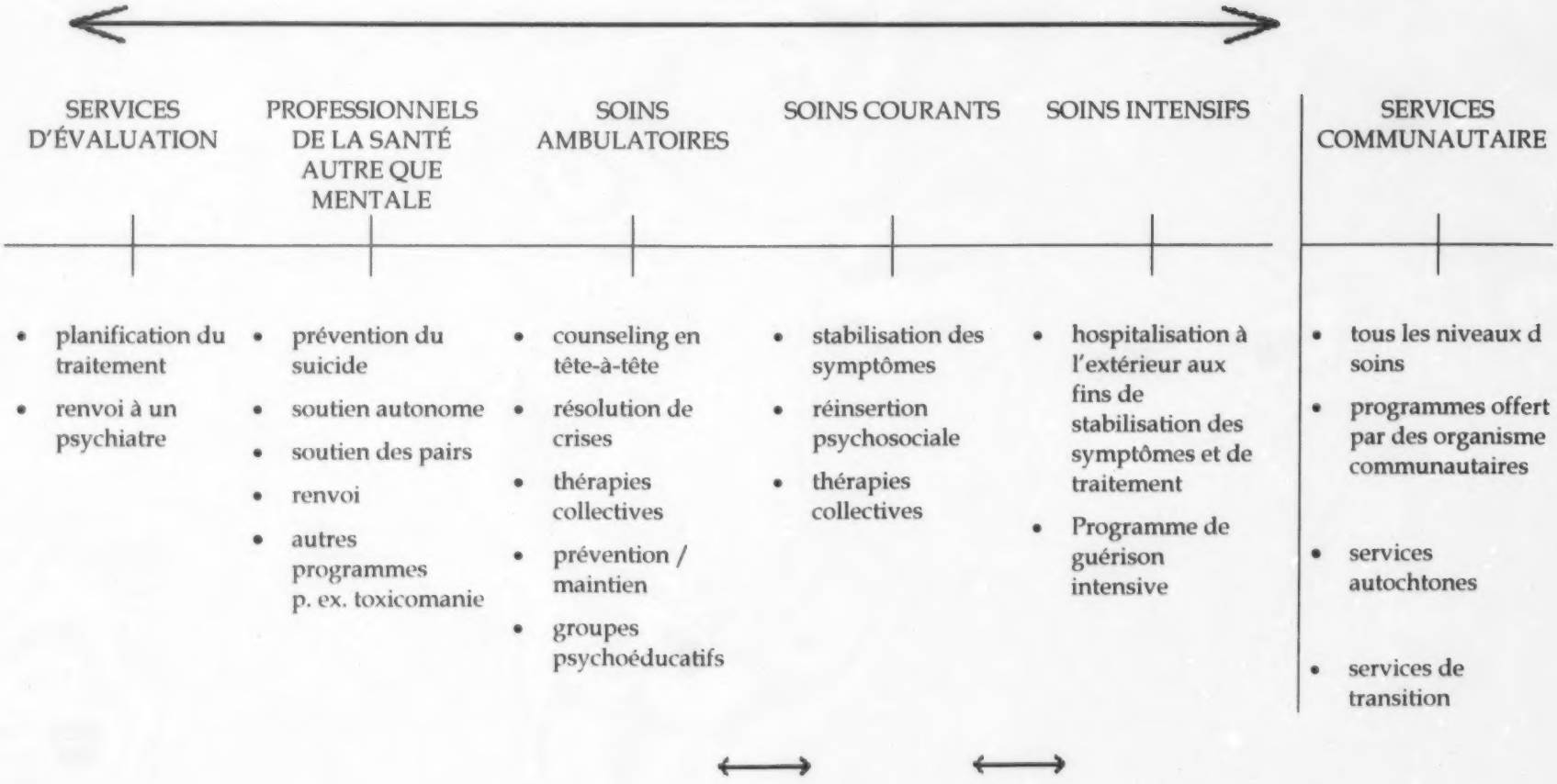
d. les soins dentaires, c'est-à-dire le traitement des problèmes dentaires aigus (enflure, douleur ou traumatisme), les traitements préventifs (obturations, extractions, etc.) sous réserve du désir de collaborer activement dans leur programme préventif de santé dentaire, et les prothèses dentaires amovibles recommandées par le dentiste de l'établissement. Tous les autres soins dentaires seront fournis à la demande du détenu, à ses frais.

Les détenus doivent avoir un accès raisonnable aux autres services de santé (c.-à.-d. pour les problèmes non susmentionnés), qui peuvent être assurés selon les normes s'appliquant dans la collectivité. La prestation de ces services dépend de questions comme la période pendant laquelle le détenu restera dans l'établissement avant sa mise en liberté et les exigences opérationnelles. À l'appui de la prestation de servicesde santé essentiels, on met l'accent sur la promotion de la santé et la prévention des maladies.

D'après les *Normes pour les services de santé*, 1995

ANNEXE D

CONTINUUM DES SOINS DE SANTÉ MENTALE CHEZ LES DÉLINQUANTES



services de transition

services de transition

RÉFÉRENCES

Alexander, P. C.& Luper, S. L. 1987. Family Characteristics and Longterm Consequences Associated with Sexual Abuse, Archives of Sexual Behavior, Vol 16, 235-245.

American Psychological Association, Facts About Women's Mental Health, Washington, sans lieu, sans date.

Badgley, R. F. Sexual Offences Against Children (vol. 1 et 2), Ottawa, Approvisionnements et Services Canada, 1984.

Blume, S., « Women and alcohol: Issues in social policy » dans Gender and alcohol, sous la direction de R. Wilsnack et S. Wilsnack, New Brunswick, NJ, Rutgers, pp. 1-41, 1994.

Colten, M., « A description and comparative analysis of self-perceptions and attitudes of heroin-addicted women » dans Drug Dependence and alcoholism, sous la direction de A.J. Schecter, vol. 1, New York, Plenum, 1981.

Coryell, W. Endicott, J., et Martin, K., « Major depression in a non-clinical sample: Demographic and clinical risk factors for first onset », Archives of General Psychiatry, 49, pp. 117-125, 1992.

Daniel, A., Robins, A., Reid, J., et Wilfley, D., « Lifetime and six-month prevalence of psychiatric disorders among sentenced female offenders », Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law, 16(4), p. 333-342, 1988.

Finkelhor, D., Sexually Victimized Children, New York, Free Press, 1979.

Gomberg, E., « Shame and guilt issues among women alcoholics », Alcoholism Treatment Quarterly, pp. 139-155, 1988.

Gove, W., « Sex differences in the epidemiology of mental disorder: Evidence and explanations » dans Gender and disordered behavior, sous la direction de E. Gomberg et V. Franks, New York, Brunner/Mazel, 1979.

Herman, J. L., Father-Daughter Incest, Cambridge (Massachussett), Harvard University Press, 1981.

Kendall, K., Program Evaluation of Therapeutic Services at the Prison For Women, Service correctionnel du Canada, 1993.

Kristiansen, C. M., Felton, K. A., Hovdestad, W. E. et Allard, C. B., The Ottawa Survivor's Study: A Summary of the Findings, 1995.

Loucks, A. Criminal Behaviour, Violent Behaviour, and Prison Maladjustment in Federal Female Offenders, thèse de doctorat, 1995.

Randall, M. et Haskell, L., « Sexual violence in women's lives: Findings from the Women's Safety Project, a community-based survey », Violence Against Women, 1(1), p. 6 à 31, 1995.

Ross, H. Glaser, F., Stiasny, S., « Sex differences in the prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and drug problems », British Journal of Addictions, 83, pp. 1179-1192, 1988.

Russell, D. E. H., Sexual Exploitation, Beverley Hills (Californie), Sage, 1984.

Russell, D. E. H., The Secret Trauma: Incest in the Lives of Girls and Women, New York, Basic Books, 1986.

Sargent, E., Marcus-Mendoza, S., et Ho Yu C., « Abuse and the woman prisoner » dans Mental disorder and crime, sous la direction de B. Fletcher, L. Shaver et D. Moon, Newbury Park, Sage, pp. 208-226, 1993.

Service correctionnel du Canada, La création de choix - Le rapport du Groupe d'étude sur les femmes purgeant une peine fédérale, 1990.

Shaw, M., Sondage auprès des femmes purgeant une peine fédérale, Recherches et politiques correctionnelles, ministère du Solliciteur général du Canada, 1990.

Swinton, M. et Hopkins, R., « Violence and Self-injury », The Journal of Forensic Psychiatry, vol. 7, nº 3, 1996.

Whitehall, G., Mental Health Profile and Intervention Strategy for Atlantic Region Federally Sentenced Women, Service correctionnel du Canada, 1995.